**Howerton Eye Clinic, PLLC- Autorización- Información Médica**

**Autorización- Información Médica**

* Autorizo mi información médica, diagnóstico y tratamiento a ser discutido con:

Nombre: Teléfono: Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Teléfono: Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre: Teléfono: Relación:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Representate Personal/Tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir el nombre del Paciente o Representate Personal/Tutor Fecha

**Notificación de Prácticas de Privacidad**

* He recibido una copia de la NOTIFICACIÓN DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD de Howerton Eye Clinic, PLLC

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del Paciente/Representate Personal/Tutor Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imprimir el nombre del Paciente o Representate Personal/Tutor Fecha